

病児保育室
doudou 利用登録票

登録番号

登録年月日 平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
氏名	(男・女)		歳 ヶ月
保護者氏名	続柄	勤務先 (父・母)	
	携帯番号 ()	電話 ()	
保護者氏名	続柄	緊急連絡先 (父・母)	
	携帯番号 ()	電話 ()	
自宅住所	(〒 -)		
自宅電話	()		
通園施設名	電話 ()		
かかりつけの医師	電話 ()		
医療機関名	電話 ()		
備考			

予防接種の状況(これまでに受けた予防接種に○をつけてください)

1 三種混合/四種混合(Ⅰ期 1回目・2回目・3回目・追加)	7 水痘(水ぼうそう)
2 ポリオ(1回目・2回目)/不活化ワクチン(1回目・2回目・3回目・4回目)	8 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
3 麻疹	9 ヒブ(Ⅰ期 1回目・2回目・3回目・追加)
4 風疹	10 肺炎球菌(Ⅰ期 1回目・2回目・3回目・追加)
5 MR(Ⅰ期・Ⅱ期)	11 インフルエンザ(最近うけたのは 月 日)
6 日本脳炎(Ⅰ期 1回目・2回目・追加、Ⅱ期)	12 その他()

これまでにかかった主な感染症・病気

1 突発性発疹	8 喘息・喘息性気管支炎
2 麻疹	9 アトピー性皮膚炎
3 風疹	10 食物アレルギー
4 水痘(水ぼうそう)	11 熱性けいれん
5 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	(初回 歳 ヶ月、これまでに 回)
6 咽頭結膜熱(プール熱)	12 てんかん
7 百日咳	13 その他()

入院の経験

1 ない	
2 ある (歳 ヶ月、病名)	
(歳 ヶ月、病名)	

常時服用している薬

1 ない	
2 ある 具体的に ()	

食事制限

1 ない	
2 ある 具体的に ()	
()	

その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください)

症状が急変した時など医療行為が必要になった時は、おがたファミリークリニックの医師の判断にお任せし、事業利用が不適当になったときは、利用を中止し、すみやかに迎えに行くことに同意します。

平成 年 月 日

保護者氏名

㊞

重要事項確認書

『病児・病後児保育室 doudou』では保護者の方に代わり、医師・看護師・保育士の連携のもとでお子様をお預かりする施設です。

皆様が安心してご利用頂けるよう、下記の重要事項をご確認くださいませよう願ひいたします。

ご利用にあたっての重要事項

1. 予約をお受けしていても、当日の朝の病状から保育ができないと判断した時には、お預かりできない場合があります。
2. 利用者間の感染には細心の注意を払っておりますが、感染の可能性が全くないというわけではありません。
3. 保育中に病状が悪化し保育の継続が困難となった時は、予定時間前でもお迎えをお願いいたします。
4. 病児保育室では点滴などの医療処置は原則おこないません。
5. 病児保育期間中、必要に応じて当院またはかかりつけ医を受診していただきます。
6. 緊急時には事後承諾で先に治療を開始することがあります。
7. 未接種の予防接種の内容によっては、他の方からの感染リスクなどを考慮し、お預かりできない場合があります。
8. ご利用当日は、必ず連絡がとれるようお願いいたします。
9. 緊急連絡がとれなかったことにより不利益が生じてても、当保育室では責任を負いません。
10. 延長保育はありません。18:00 までにお迎えをお願いいたします。当日の様子など保育士または医師からお伝えしますので、時間に余裕をもってお迎えをお願いいたします。
11. 名古屋市の規定により、連続のご利用は 7 日までとさせていただきます。
12. ご予約をキャンセルされる場合は、ご利用当日の **7:45 までには必ず**ご連絡くださいますようお願いいたします。

上記の内容につき、ご承諾いただければご署名をお願いいたします。

平成 年 月 日

保護者様 ご署名 _____

病児・病後児保育室 doudou